



KIVUN ARVIOINNIN APUVÄLINE KIRURGISELLE VUODEOSASTOLLE

Lasse Mustalahti

Liisa Vesanto

Opinnäytetyö
Syyskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LASSE MUSTALAHTI & LIISA VESANTO:
Kivun arvioinnin apuväline kirurgiselle vuodeosastolle

Opinnäytetyö 39 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Syyskuu 2012

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa postoperatiivisen kivun arvioinnin apuväline kirurgiselle vuodeosastolle. Tavoitteena oli vastata työelämän tarpeeseen kehittää kivun arviointia. Työssä selvitettiin mitä kipu on, millaista kipua on postoperatiivisella potilaalla, millaista on postoperatiivisen kivun hoito sekä mitä on hyvä kivun arviointi. Opinnäytetyön menetelmänä oli tuotokseen painottuva opinnäytetyö.

Opinnäytetyön teoria pohjautuu kirjallisuuteen sekä tutkimuksiin. Tuotos perustuu työstä löytyvään teorian tietoon. Työn teoriaosuudessa käsiteltiin kipua käsitteenä, sekä erilaisia kiputyyppejä. Esiin nousivat myös akuutti ja krooninen kipu sekä syöpä- ja palovammakipu. Käsitelimme myös postoperatiivista kipua sekä sen hoitoa. Tärkeimpänä aiheena käsiteltiin hyvää kivun arviointia ja arvioinnin menetelmiä. Hyvällä kivun arvioinnilla ja hoidolla voidaan lisätä potilasturvallisuutta.

Huomiota kiinnitettiin tuotoksen kokoon, jotta sitä olisi helppo kuljettaa mukana. Apuväline hoitajille mahdollistaa monipuolisemman potilaiden kivun arvioinnin. Tuotoksen selkeän sisällön myötä se on hyvä sijaisille sekä uusille hoitajille.

Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheeksi nousi tuotoksen testaus ja sen kehittäminen sekä soveltaminen erityyppisille vuodeosastoille. Työn tavoitteena oli kehittää kivun arvioinnin laatua ja turvallisuutta päivittäisessä hoitotyössä. Tuotoksen käyttöönoton toteuttaminen tulee ilmi ajan kuluessa.

Asiasanat: Kipu, postoperatiivinen kipu, postoperatiivisen kivun hoito, kivun arviointi

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

LASSE MUSTALAHTI & LIISA VESANTO:
Tool for pain assessment in a surgical ward

Bachelor's thesis 39 pages, appendices 4 pages
September 2012

The purpose of this thesis was to produce a tool to assess postoperative pain in a surgical ward. The aim was to answer the need to improve pain assessment at our targeted ward. The research questions were: what pain means, what kind of pain postoperative patients have, what postoperative pain means and what is efficient pain assessment. This study was carried out as a project.

The theory of this study was based on literature and other studies. The pain assessment tool was based on the theory found in the thesis. Pain was examined as a concept and different types of pain in the theory section of our study. Acute, chronic, cancer and burn pain were also explored including postoperative pain and its treatment. As the most important subject, efficient pain assessment was examined and the methods to assess pain. The safety of patients can be increased with proper pain assessment and treatment.

The tool's size is small so that it would be easy to carry at all times. The tool makes it possible for nurses to more diversely assess pain. Due to the easy to use content of the tool it is most suitable for substitutes and new employees.

The tool could be further tested and evaluated. It could be enhanced and applied to other types of wards. The goal was to develop the quality of pain assessment and the safety of patients in daily nursing. The degree of utilization of the tool will become known in a matter of few months.

Key words: pain, postoperative pain, postoperative pain treatment, pain assessment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Teoreettisten lähtökohtien perusteet	7
3.2	Turvallisuus hoitotyön periaatteena.....	8
3.3	Kipu	9
3.3.1	Erilaiset kiputyypit	10
3.3.2	Akuutti kipu	11
3.3.3	Postoperatiivinen kipu.....	12
3.3.4	Syöpä- ja palovammakipu.....	12
3.3.5	Krooninen kipu	13
3.4	Postoperatiivinen kivun hoito	15
3.4.1	Postoperatiivisen kivun lääkehoito	17
3.4.2	Postoperatiivisen kivun lääkkeetön hoito.....	20
3.4.3	Postoperatiivisen kivun hoidon kirjaaminen.....	21
3.5	Hyvä kivun arviointi	21
3.5.1	Kivun arvioinnin välineet.....	25
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	28
4.1	Tuotoksen sisältö ja ulkoasu	28
4.2	Aikataulusuunnitelma	29
5	PÄÄTÄNTÄ	30
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	30
5.2	Pohdinta	31
	LÄHTEET.....	33
	LIITTEET	35
	Liite 1. TUOTOS.....	35
	Liite 2. TAULUKKO 1.	36

1 JOHDANTO

Sairaanhoitaja kohtaa työssään monenlaisia potilaita ja useimmilla heistä esiintyy jonkinlaista kipua. Valtaosalla leikatuista potilaista esiintyy akuuttia kipua. Sairaanhoitajan on tärkeää osata tunnistaa kipu ja arvioida sitä tehokkaasti. Tehokkaalla kivun hoidolla on potilaan paranemista edistävä vaikutus, kun taas hoitamattomalla kivulla on potilaan toipumista ja elämänlaatua heikentävä vaikutus.

Tehokkaan kivunlievityksen perustana tarvitaan luotettavia kivunarviointimenetelmiä. Kivunlievityksen tarpeen arvioinnista syntyy valinta sopivalle kivunhoitomenetelmälle. Mahdollisimman tarkka kivun arviointi on tärkeää, koska kipu on aina yksilöllistä eikä vaurion ja kiputunteituksen suhde ole aina lineaarinen. Tieto kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta on perusta onnistuneelle kivunhoidolle. Tieto perustuu kokemuksen tuomasta tiedosta sekä tutkitusta tiedosta. (Seppä 2005, 5.)

Työn idea lähti kirurgisen vuodeosaston tarpeesta kehittää postoperatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kivun arviointia. Vuodeosaston toive oli saada apuväline hoitajille, jolla pystytään monipuolisemmin arvioimaan kipua. Tuotos toimii hoitajan kivun arvioinnin tukena. Aihe on kiinnostava ja se on yhä kasvavasti tärkeämpi tema tulevaisuuden hoitotyössä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa apuväline kivun arviointiin kirurgiselle vuodeosastolle, joka auttaa hoitohenkilökuntaa potilaiden monipuolisemmassa kivun arvioinnissa.

Opinnäytetyön tehtävät:

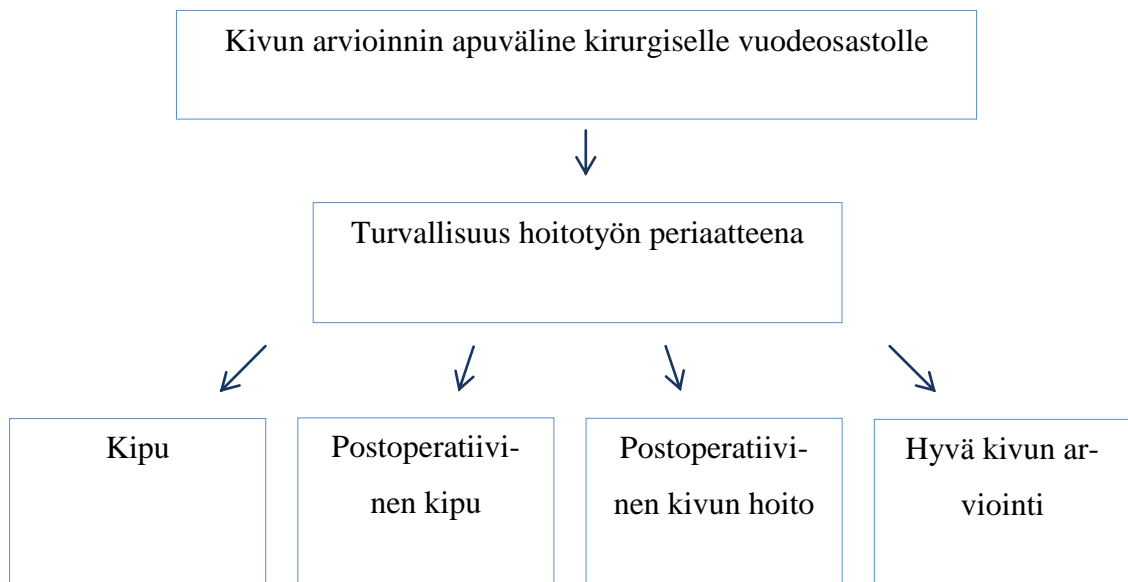
1. Mitä on kipu?
2. Minkälaista kipua on postoperatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla?
3. Mitä on hyvä kivun arviointi?

Tavoitteena opinnäytetyöllä oli apuvälinettä hyödyntäen kehittää postoperatiivisen kivun arviointia sekä parantaa kivunhoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Teoreettisten lähtökohtien perusteet

Valitut teoreettiset lähtökohdat on esitelty alla olevassa kuviossa (Kuvio 1). Työssä keskeisiksi käsitteiksi nousivat kipu, postoperatiivinen kipu, postoperatiivisen kivun hoito ja hyvä kivun arviointi. Postoperatiivinen kipu valittiin lähtökohdaksi, koska kivun arvioinnin apuvälineen tarve on rajattu kirurgiselle vuodeosastolle. Postoperatiivisen kivun hoito on tärkeä osa leikkauspotilaan hoidon kokonaisuutta. Hyvä kivun arviointi nousi tarpeesta kehittää tuotoksen avulla kivun kartoitusta vuodeosastolla.



KUVIO

1.

Teoreettiset

lähtökohdat

3.2 Turvallisuus hoitotyön periaatteena

Ihmisillä on perustarpeita, yksi niistä on turvallisuuden tunne (Iivanainen & Syväoja 2008, 362). Kaikki potilaan hoitoon liittyvät tekijät, kuten hoitomenetelmät, laitteet ja lääkkeiden käyttö vaikuttavat potilasturvallisuuteen (Taam-Ukkonen & Saano 2011, 13-14). Teoreettisissa lähtökohdissa huomioitiin turvallisuuden näkökulma. Turvallisuus on osana kivun lääkkeellistä sekä lääkkeetöntä hoitoa. Sairaanhoitajan kyky arvioida potilaan kivunhoidon tarvetta tukee potilaan turvallisuutta.

Potilaan on tunnettava, että hänet otetaan vakavasti ja hän saa olla päättämässä omasta elämästään. Potilaan autonomiaa, haavoittuvuutta ja koskemattomuutta tulee kunnioittaa. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 241-242.) Tapa kohdata potilaat on erittäin merkityksellistä, sillä sairaalassa potilas on kaukana tutusta ympäristöstä. (Kristoffersen ym. 2006, 239, 242).

Työntekijöiden tulee kiinnittää huomiota työn suunnitteluun, sillä monen asian päällekkäin suorittaminen on turvallisuusriski. Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat myös toisen työn arvostaminen, työrauhan kunnioittaminen, luottamus ja yhteistyö (Kuisma 2010, 33.) Myös toimintatavat ja ohjeistus ovat osana potilaan turvallista hoitoa. Niillä tarkoitetaan toimintatavoista sopimista ja niiden noudattamista, sekä ohjeiden saatavuutta ja päivittämistä (Kuisma 2010, 35.)

Organisaation johdon vastuulla on taata riittävät resurssit, sekä tarkistaa työntekijöiden ammattipätevyys, jotta voidaan turvata hoidon laatu ja potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden kehittämisessä keskeistä on riittävä ja ammattitaitoinen henkilökunta, joka pyrkii potilaslähtöiseen hoitoon turvallisessa ympäristössä. (Kuisma 2010, 45-46.) Sairaanhoitajilla on vastuu heistä riippuvaisten potilaiden hoidosta, sillä heillä täytyy olla tarvittava tietotaito sekä ymmärrys siitä, miksi asiat tehdään tietyllä tavalla. (Kristoffersen ym. 2006, 235.)

Hoitotyössä turvallisuuden tunne näkyy inhimillisenä tarpeena. Turvallisuuden tunteen luominen on sairaanhoitajalle usein haastavaa, sillä hänen tulisi pystyä omalla persoonallisuudellaan luomaan potilaissa luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta. (Kristoffersen ym. 2006, 221, 226.)

3.3 Kipu

Kipu määritellään epämiellyttäväksi tuntoaistiin perustuvaksi tai tunneperäiseksi kokemukseksi. Kipu on aina kokijalleen yksilöllistä, eikä sitä voi verrata toisen ihmisen kipukokemukseen. Kivun kokemiseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset ja kulttuurilliset taustatekijät. Näiden tekijöiden vaikuttaessa kiputuntemuksen muodostumiseen voidaan puhua kokonaiskivusta. (Sailo & Vartti 2000, 30.)

Kipu aiheutuu kudოსvauriosta, joka on aiheutunut ulkoisen tai elimistön sisäisen tekijän aiheuttamana. Kudოსvaurio aktivoi kipua välittävät aineet, jotka aiheuttavat kipua kudoksissa. Kipuärsykkeestä muodostuu hermoimpulssi, joka siirtyy kipukeskuksiin selkäytimessä ja aivoissa. Hermoston välittäjäaineilla on suuri merkitys kivun kokemiseen, sillä juuri ne vievät viestiä hermosolusta toiseen. Kivun hoidossa käytetyillä lääkkeillä usein pyritään vaikuttamaan välittäjäaineisiin sekä niiden toimintaan. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 176.)

Kipu on tuntemus, johon vaikuttavat potilaan ikä, sukupuoli, persoonallisuus sekä aikaisemmat kokemukset kivusta ja sen hoidosta. Kipu aiheuttaa muutoksia elimistön toiminnassa ja vaikuttaa myös yksilön tunteisiin ja käytökseen. Kipukynnys ja kivunsietokyky ovat henkilökohtaisia kokemuksia. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 9.)

Potilaan aikaisemmillä kipukokemuksilla on vaikutusta hänen tuleviin kipukokemuksiinsa. Kipu koetaan usein voimakkaammin, mikäli aikaisemmat kipukokemukset ovat olleet negatiivisia. (Salanterä ym. 2006, 10.) Ihmiset kokevat kipua eri tavoilla ja jokaiselle kipu merkitsee eri asioita. Jotkut potilaat pystyvät päivittäisiin toimintoihin kivusta huolimatta, kun taas toiset saattavat menettää toimintakykynsä. (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever 2010, 238.)

3.3.1 Erilaiset kiputyypit

Nosiseptiivinen kipu on kudonsvauriosta johtuvaa kipua. Nosiseptiivisessä kiputilassa kipuviestiä välittävä hermokudos on terve. Hermovauriokivun taustalla on häiriö kivunvälitysjärjestelmässä. (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen 2006, 866-867.) Kudonsvauriokivun tunnistaminen on melko helppoa, sillä kivun syy on usein tiedossa. Potilas näyttää kipualueen sijaitsevan kudonsvaurioalueella ja saattaa kuvailla kipua pistäväksi, teräväksi tai repiväksi. (Salanterä ym. 2006, 79.)

Akuutteja kudonsvauriokipuja ovat akuutit tuki- ja liikuntaelinperäiset kiputilat, kuten rasisperäiset vammat tai traumat. Kroonisia kudonsvauriokipuja ovat usein tulehdukselliset nivelsairaudet, kuten reuma ja nivelrikko, sekä osteoporoosi. Akuutit kivut voivat myös kroonistua. (Salanterä ym. 2006, 79.)

Neuropaattisessa kivussa vika on kipuviestijärjestelmässä. Vika voi sijaita useassa kohdassa hermojärjestelmää tai jopa aivojen kipua aistivissa keskuksissa. (Vainio 2004, 35.) Neuropaattinen kipu on usein voimakasta ja epämiellyttävää. Potilas saattaa kuvailla kipua kihelmöivänä, polttavana tai pistelevänä. Kipuun liittyy usein tuntomuutoksia tai tuntopuutoksia. Sentraalinen, eli aivo- ja selkäydinperäinen kipu on usein laaja-alaista. (Salanterä ym. 79-80.)

Viskeraalisilla kivuilla tarkoitetaan sisäelinkipuja, jotka aiheutuvat vatsa- ja rintaontelon elimistä. Tyypillisiä piirteitä ovat kivun epämääräinen paikantuminen, aaltomaisuus, kivun heijastuminen ja autonomiset oireet. Autonomisia oireita ovat esimerkiksi hikoilu, kalpeus, pahoinvointi ja oksentelu. (Salanterä ym. 2006, 80-81.) Syvemmältä tuleva viskeraalinen kipu mielletään usein tylpäksi ja särkeväksi (Kalso, Haanpää & Vainio (toim.) 2009, 97).

Viskeraalinen kipu ei useinkaan liity kudonsvaurioon, vaan esimerkiksi hapenpuutteen elimen tai ontelon venyttyessä. Tämän tyyppistä kipua ilmeneekin usein tulehduksellisissa sairauksissa, joka turvottaa tai venyttää kudoksia. Viskeraalista kipua aiheuttava mekanismi sisäelimessä voi aktivoida lisää kipureseptoreita ja herkistää keskushermostoa. Kaikki tämä lisää kivun voimakkuutta ja säteilevyyttä. (Kalso ym. 2009, 93-94.)

Kun kipu tulee jostain sisäelimestä, sen kipuviesti välittyy selkäyttimeen. Samaan kohtaan selkäydintä hermottuu myös joitakin ihoalueen kohtia. Tällöin aivot eivät voi tietää mistä kipu tarkalleen tulee, joten kipu tuntuu tulevan myös iholta. Tätä vaikutusta vahvistaa myös se, että iho saa useammin ärsykyksiä kuin sisäelimet, joten aivot olettavat ärsykkeen tulevan iholta. (Kalso ym. 2009, 97.)

3.3.2 Akuutti kipu

Akuutilla kivulla tarkoitetaan lyhytaikaista kipua, joka saa yleensä alkunsa elimistöön kohdistuneesta ulkoisesta ärsykkeestä, vauriosta tai vammasta. Akuutti kipu on äkillistä, ohimenevää ja se on paikannettavissa. Syynä on kudsvaurio tai sen uhka. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 352-353.)

Akuutti kipu ilmenee usein postoperatiivisessa vaiheessa ja se on usein ennakoitavissa. Akuutti kipu yhdistetään usein traumaan tai leikkaukseen, mutta kipu voi syntyä myös hoitotoimenpiteistä. (Mann & Carr 2009, 77-78.)

Akuutin kivun fysiologisia vaikutuksia elimistössä ovat sydän- ja verenkiertoelimistön muutokset, hengityksen muutokset, ruoansulatuskanavan ja aineenvaihdunnan muutokset, sekä hormonitoiminnan muutokset. Hoitamattomana akuutti kipu vaikuttaa sydän- ja verenkierroelimistön toimintaan. Syke ja verenpaine nousevat ja sydänlihaksen hapenkulutus kasvaa. Myös rytmihäiriöiden ja laskimotukosten riski lisääntyy. (Salanterä ym. 2006, 76.)

Hoitamattoman kivun fysiologiset vaikutukset näkyvät myös hengityksessä. Hengitystaajuus tihenee, hengityksen kertatilavuus pienenee, limankertyminen lisääntyy ja yskeminen vaikeutuu. Hapetus ja keuhkotuuletus heikkenevät. Aineenvaihdunnan muutoksista esimerkiksi virtsaneritys vähenee. Hormonitoiminnan muutoksia ovat verensokerin nousu ja stressihormonitasen nousu. Hoitamaton akuutti kipu hidastaa toipumista. (Salanterä ym. 2006, 76.)

Jos pysyvää vauriota ei synny, akuutti kipu yleensä helpottuu parantumisen myötä. Akuutin kivun kesto ajatellaan ulottuvan muutamasta sekunnista kuuteen kuukauteen asti. Jos kivun kuitenkin oletetaan vähenevän esimerkiksi kolmen viikon sisällä, ei edellä mainittu aikaraja päde potilaalla. (Smeltzer ym. 2010, 231.)

3.3.3 Postoperatiivinen kipu

Postoperatiivisella kivulla tarkoitetaan leikkauksenjälkeistä kipua, joka on yleensä ohimenevää ja lyhytkestoista. Kivun luonteeseen vaikuttavat leikkauksen laajuus, leikkaustekniikka sekä kipuherkkyys. Kipu on yleensä kovimmillaan kolmena ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Kivun paras asiantuntija on potilas itse, mutta sairaanhoitaja voi arvioida potilaan kanssa kiputuntemuksia. (Holmia ym. 2006, 71.)

Leikkauksen jälkeisen kivun esiintymiseen vaikuttavat myös leikkausalue ja leikkaushaavan koko. Potilaan kiputuntemuksiin vaikuttavat myös potilaan yksilölliset tekijät, kuten kipuherkkyys ja aikaisemmat kipukokemukset. Hoitoympäristöllä ja preoperatiivisella ohjauksella on myös merkitystä potilaan leikkauksen jälkeisen kivun kokemuksiin. Jopa 80 %:lla potilaista on raportoitu leikkauksen jälkeistä kipua kipulääkityksestä huolimatta. (Salanterä ym. 2006, 20.)

Kivulla on potilaan liikkumista rajoittava vaikutus. Tämä hidastaa toipumista ja luo riskin laskimotukoksille. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uskitalqvist 2012, 110.) Kipu saattaa aiheuttaa myös virtsaumpea, lisätä mahahapon erityistä sekä lamata ruoansulatuskanavan toimintaa (Kalso ym. 2009, 106).

3.3.4 Syöpä- ja palovammakipu

Leikkauksessa olleilla potilailla voi esiintyä monenlaista kipua. Potilaalla voi olla kipua aiheuttavia perussairauksia tai syöpäsairaus. Näistä voi muodostua haaste leikattujen potilaiden kivun hoidossa. Postoperatiivisen kivun lisäksi käsiteltiin kahta opinnäytetyön tilanteelle osastolle merkittävää kivun aiheuttajaa hoitotyön kannalta, joita ovat syöpäsairaudet ja palovammat.

Syöpätautien yhteydessä esiintyy yleisesti kipua. Kipu voi liittyä syöpäkasvaimeen, etäpesäkkeisiin tai tutkimuksiin ja hoitoihin. (Salanterä ym. 2006, 21.) Syövän aiheuttama paikallinen kipu ja tulehdukset sekä lähielinten jääminen painuksiin aiheuttavat kroonista kudოსvauriokipua (Vainio 2004, 35).

Usein kivun esiintyvyys lisääntyy syöpäsairauden edetessä. Noin kolmasosalla on arvioitu olevan kipuja syövän toteamishetkellä ja jopa 50-90 %:lla on kipua terminaalivaiheessa. Kipuhuippuja, jotka ylittävät jatkuvan taustakivun, esiintyy yli puolella syöpäpotilaista. Syöpäsairauksien hoitoon liittyykin aktiivinen kivun hoito. (Salanterä ym. 2006, 21.)

Palovammat aiheuttavat mahdollisesti kaikkein voimakkaimmat kiputuntemukset potilailla. Ne vaativat tarkkaa arviointia hoitohenkilökunnalta, jotta niitä voitaisiin tehokkaasti hoitaa. (Smeltzer ym. 2010, 233.) Palovammapotilaan kipu on yleensä jatkuvaa, samanlaisena pysyvää taustakipua. Liikkumiseen ja hoitotoimiin liittyy usein lisääntynyttä kipua. (Kalso ym. 2009, 293.)

3.3.5 Krooninen kipu

Idiopaattisella, eli kroonisella kivulla tarkoitetaan pitkään kestänyttä kipua, johon ei ole löytynyt kipua selittäviä tekijöitä tai tekijät ja oireet ovat ristiriidassa. Kiputila on kestänyt vähintään kuusi kuukautta. Tyypillistä näille potilaille ovat moninaiset tuki- ja liikuntaelinperäiset ongelmat ja runsas terveystalveluiden käyttö. Heille on usein tehty paljon tutkimuksia ja kipulääkkeiden pitkäaikaishyöty on vähäinen. Idiopaattisesta kivusta käytetään myös nimitystä krooninen kipuoireyhtymä. (Salanterä ym. 2006, 81–82.)

Kyseessä on tuntemattomasta syystä johtuva kipu, kun ei ole merkkejä kudოსvauriosta, eikä hermoradoissa ole vikaa. Mitään lääketieteellisiä todisteita vauriosta ei löydy, mutta henkilöllä on kipua. (Vainio 2004, 35.)

Jos kipu jatkuu kudonvaurion parantumisen jälkeen, puhutaan kivun kroonistumisesta. Kroonisesta kivusta puhuttaessa kipuviesti ei kerro mistään mielekkästä tapahtumasta, eikä sille ole tehtävää. Kroonisia kiputiloja hoidettaessa akuutin kivun hoitomuodot ovat usein tehottomia. (Kassara ym. 2005, 352.)

Kroonisen kivun tunnusmerkkeinä ovat patologian puute, mutta toisaalta toimintakyvyn heikkeneminen. Kroonisen kivun aiheuttama tila määräytyy ihmisen kokemuksen kautta ja täten se voidaan todeta vain osittain taudiksi. Krooninen kipu luo tarpeen uusille lähestymistavoille kivunhoidossa. (Rosenberg ym. 2006, 859.)

Pia Puolakan (2011) tutkimuksesta käy ilmi, että kroonisesta kivusta kärsivillä kipua ilmenee liikkeessä useammin kuin levossa. Myös kivun voimakkuus oli keskimäärin suurempaa liikkeessä. Noin neljäsosalla kipu häiritsee yöunta, mutta unen häiriö on kuitenkin lievää. (Puolakka 2011, 50-51.) Vaikea ja pitkäkestoinen preoperatiivinen kipu sekä välitön postoperatiivinen kipu ovat riskitekijöitä pitkittyneelle kivulle (Puolakka 2011, 53).

Kroonisella kivulla on ominaista heikentää ihmisen elämänhallintaa. Se myös heikentää toimintakykyä, kaventaa ajatusmaailmaa ja ravistelee itseluottamusta. Kroonisen kivun hoidossa paneudutaankin kivun hoidon lisäksi näihin kivun seurauksiin. (Vainio 2004, 39.) Monesti kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla on pelko kipujen pahenemisesta, minkä vuoksi he saattavat välttää fyysisistä rasitusta ja sosiaalisia tilanteita. (Salanterä ym. 2006, 21.)

Maj-Britt Elorannan (2002) tutkimuksessa ilmenee kroonista kipua sairastavien potilaiden kielteiset kokemukset saamastaan kohtelusta terveydenhuollossa. Heidän kipukokemuksiaan ei otettu todesta. Osalla potilaista oli kokemuksia, etteivät lääkärit uskoneet heidän kipuihinsa. Ajankohtaisen tiedon puute kivun lääkehoidosta ja lääkärien kiire aiheutti epäluottamusta. (Eloranta 2002, 48-51.)

3.4 Postoperatiivinen kivun hoito

Perioperatiiviseen prosessiin kuuluu kolme vaihetta. Preoperatiivisella vaiheella tarkoitetaan hoitoa ennen leikkausta, johon kuuluu potilaan valmistautumien sekä yleistilan ja muiden mahdollisten sairauksien hoito. Intraoperatiivisella vaiheella tarkoitetaan suunnitellun toimenpiteen toteuttamista, johon kuuluu leikkauksen aikainen hoito. Leikkauksen jälkeen potilaalle aloitetaan postoperatiivinen hoito. (Holmia ym. 2006, 59.)

Postoperatiivisen hoidon tavoitteena on kokonaisvaltainen hyvinvointi sekä kivuttomuuden ja turvallisuuden tunteen saavuttaminen. Jokaiselta potilaalta tarkkaillaan kivun lisäksi vitaalielintoimintoja, leikkaushaavaa ja mielialaa. (Holmia ym. 2006, 68-79.) Ravitsemuksesta ja etenkin nesteytyksestä tulee huolehtia leikkauksen jälkeen. Potilaan yleistila voi huonontua hyvinkin nopeasti nestetasapainohäiriöstä johtuen. (Ahonen ym. 2012, 107.) Myös optimaalinen kudoshapetus sekä potilaan varhainen liikkeelle lähtö toimenpiteen jälkeen on tärkeää (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2010, 46).

Hoitajan asenne ja ammattitaito ovat edellytyksenä onnistuneelle kivun hoidolle. Hoitajan tulee olla motivoitunut ja hänellä tulee olla tietoa kivun hoidosta. Välinpitämätön tai vähättelevä asenne potilaiden kivun hoitoon estävät hoitotyön onnistumista. On myös tärkeää, että yhteistyö eri ammattiryhmien välillä toimii. Hoitajien tulee pitää tiedot ja taidot ajan tasalla, jotta potilas saa parhaan mahdollisen hoidon. (Salanterä ym. 2006, 11.)

Potilaan kivun hoito on osa hänen kokonaisuhoitoaan ja hoitajan tulee huomioida kivun hoidon vaikutukset potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon. Kivun hoitoa ei voida pitää täysin onnistuneena, vaikka se olisikin tehokasta, jos se vaikuttaa potilaan yleistilaan negatiivisesti. Saavutettua vastetta, eli kivun hoidon onnistumista voidaan arvioida selvittämällä poistuuko tai helpottaako kipu käytetyllä hoitomuodolla. (Salanterä ym. 2006, 12.)

Potilaan hoitoympäristöllä on merkitystä hoitotyön onnistumiseen. Fyysinen hoitoympäristö koostuu hoitovälineistä ja ympärillä olevista tiloista. Rauhalliset, selkeät ja hoitotyöhön suunnitellut tilat ovat potilaalle miellyttävämpiä. Rauhallisella ympäristöllä voidaan turvata esimerkiksi mahdollisuus riittävään lepoon ja nukkumiseen yöllä. Hoitajien tulee osata käyttää kivun arviointi- ja hoitovälineitä, sekä kertoa niistä potilaalle. (Salanterä ym. 2006, 16.)

Leikkauspotilaalla on aina kirurginen haava, josta voi aiheutua potilaalle kipua. Haavaa tutkittaessa tulee selvittää haavan ikä, vammamekanismi ja sijainti, sekä huomioida mahdolliset vierasesineet ja muut kudოსvauriot sekä infektiot. Myös potilaan muulla terveydentilalla ja lääkityksellä on vaikutusta haavan paranemiseen. (Roberts ym. 2010. 50.)

Potilaan haavaa hoidettaessa tulee huomioida kivun ehkäisy. Ennen haavanhoitoa voidaan antaa kipulääkettä tai kivulias haava voidaan esimerkiksi puuduttaa, jos sitä joudutaan mekaanisesti puhdistamaan. (Roberts ym. 2010. 54.)

Akuutti kipu pystytään yleensä hoitamaan lääketieteen keinoin. Tulehdukset ja elimistön toimintahäiriöt paranevat lääkkeillä tai itsestään. Tällöin katoaa myös kipu. Nopea ja asianmukainen kivunhoito vähentää tulevia kipukokemuksia. Päinvastoin paheneva ja pysyvä kipu sekä aiemmat huonot kivunhoitokokemukset vaikeuttavat kivunhoitoa ja lisäävät kivun voimakkuutta. (Kassara ym. 2005, 352.)

Suurin osa potilaiden kivuista on lievitettävissä tai poistettavissa yksinkertaisin menetelmin. Potilaan kivunhoidon tavoitteena on kivun poistaminen, kivun intensiteetin ja häiritsevyyden väheneminen, sekä potilaan toimintakyvyn palautuminen ja elämänlaadun paraneminen. Kivun lievityksen keinoja ovat farmakologiset menetelmät eli lääkehoito ja ei-farmakologiset menetelmät, eli elimistön omien kivunlievitysmekanismien käyttö. (Holmia ym. 2006. 180.)

Hyvällä kivun hoidolla voidaan nopeuttaa potilaan paranemista ja potilas tuntee voivansa paremmin. Potilaan fyysinen ja henkinen stressi vähenee, hengityskyky ja liikkuvuus paranevat sekä potilaan sydän- ja verenkiertoelimistö rasittuvat vähemmän. Myös komplikaatioiden riski vähenee. (Holmia ym. 2006. 74.)

Potilaan paranemista ja kotiutumista voidaan nopeuttaa hoitoketjun toimivalla yhteistyöllä. Potilaan toipuminen saadaan mahdollisimman tehokkaaksi kiinnittämällä huomiota suolilaman ehkäisyyn, kirurgisen vaurion minimointiin, opiaattien tarpeen minimointiin, aikaiseen mobilisaatioon ja kivunhoitoon sekä nestehoitoon. (Ahonen ym. 2012, 126-127.)

3.4.1 Postoperatiivisen kivun lääkehoito

Potilaan lääkehoitoa suunniteltaessa pitää selvittää, mistä kiputyypistä on kyse. No-siseptinen kipu lievittyy tulehduskipulääkkeillä ja opioideilla. Neurologisen kivun hoidossa puolestaan usein käytetään serotoninerigisiä lääkkeitä, kuten masennuslääkkeet tai solukalvoa stabiloivia lääkkeitä, kuten epilepsialääkkeet ja puudutteet. (Holmia ym. 2006. 181.)

Kivun hoidossa käytettävät lääkkeet vaikuttavat kipujärjestelmätoimintaan monilla eri tavoilla. Kipulääkkeet joko hillitsevät kipuviestin kulkua selkäytimen kautta aivokuorelle tai ne vahvistavat elimistön oman kipua jarruttavan järjestelmän toimintaa. (Koulu & Tuomi 2007, 346.)

Potilasturvallisuuteen liittyviä sairaanhoitajilta vaadittavia ammattitaidon ominaisuuksia ovat vastuullisuus, huolellisuus ja tarkkuus. Huolellisuus ja tarkkuus korostuvat erityisesti lääkehoidon vaaratapahtumiin liittyen. (Kuisma 2010, 33.) Sopimukset yhtenevistä toimintatavoista ovat tärkeitä turvallisen lääkehoidon kannalta (Kuisma 2010, 36).

Pyrkimys on, että potilas valitsee yhdessä anestesia­lääkärin kanssa kivunhoitomenetelmän. Tähän vaikuttavat useat seikat, kuten leikkaus ja potilaasta johtuvat tekijät. (Nelskylä 2006, 202.) Leikkauksen jälkeen potilaan ensisijainen kipulääke on tulehduskipulääke tai parasetamoli. Lääkettä annetaan säännöllisesti tarpeen vaatima aika, jos potilaalle ei ole tullut haittavaikutuksia. (Holmia ym. 2006. 72 -73.)

Tarvittaessa potilaalle voidaan antaa opioideja, kuten oksikodoni, morfiini tai buprenorfiini. Opioidit estävä kivun välittymistä selkäytimessä ja aivoissa, sekä lisäksi ne vähentävät ahdistuneisuuden tunnetta. Isojen leikkausten jälkeen hyvä sedaatio turvaa potilaan levon saannin ja edistää toipumista. (Holmia ym. 2006. 72 -73.) Anestesia-aineet, liikkumattomuus sekä kipulääkkeet voivat kuitenkin aiheuttaa potilaalle ummetusta ja joskus jopa virtsaamisvaikeuksia (Nelskylä 2006, 107).

Lääkehoitoa on myös mahdollista toteuttaa multimodaalisesti. Multimodaalinen analgesia tarkoittaa eri mekanismein toimivien kipulääkkeiden käyttämistä samanaikaisesti. Näin pyritään saavuttamaan tehokkain kivunlievitys pienillä kokonaisannoksilla ja sivuvaikutuksilla. Lääkkeiden yhdistelmä riippuu hoidettavan potilaan vammasta tai leikkauksesta. (Kalso ym. 2009, 282.)

Tulehduskipulääkkeet ovat yleisimmin käytettyjä lääkkeitä. Niille on ominaista analgeettinen ja antipyreettinen vaikutus. Analgeettisellä vaikutuksella tarkoitetaan kipua lievittävää vaikutusta ja antipyreettisellä vaikutuksella puolestaan tarkoitetaan kuumetta alentavaa vaikutusta. Tulehduskipulääkkeillä on myös anti-inflammatorinen vaikutus, eli tulehdusta lievittävä vaikutus. (Koulu & Tuomi 2007, 307.) Tulehduskipulääkkeitä käytetään moniin erilaisiin särky- ja kiputiloihin. Ne ovat yleisesti käytössä myös kirurgisten toimenpiteiden aiheuttaman kivun hoidossa. (Koulu & Tuomi 2007, 312.)

Tulehduskipulääkkeitä ei tule käyttää, jos potilaalla on vuoto- tai hyytymishäiriö, yliherkkyys kyseiselle lääkkeelle, munuaisten tai sydämen vajaatoiminta tai maha- ja pohjukaissuolen haavaumataipumus. (Holmia ym. 2006. 72.) Tulehduskipulääkkeet ovat vasta-aiheisia potilailla, joilla on ilmennyt uusia sydänoireita tai jotka kärsivät hypovolemia. Hypovolemia on tila, jossa elimistön kiertävän verenmäärä on vähentynyt. (Roberts ym. 2010.46.)

Astmaa sairastavilla potilailla tulehduskipulääkkeet saattavat laukaista astmakohtauksen, mutta he voivat käyttää kyseistä lääkettä, jos he ovat aiemmin käyttäneet sitä ongelmitta. Tulehduskipulääkkeiden lyhytaikaisella käytöllä voi olla haittavaikutuksia, kuten närästys, vatsakipu, pahoinvointi, oksentelu, ripuli sekä huimaus ja päänsärky. (Holmia ym. 2006. 72.)

Parasetamoli on analgeettinen ja antipyreettinen, mutta sillä ei ole anti-inflaamtorista vaikutusta. Tästä syystä se luokitellaan eri luokkaan tulehduskipulääkkeiden kanssa. Parasetamoli imeytyy nopeasti ja suositusannoksina sen haitat ovat selvästi vähäisemmät kuin tulehduskipulääkkeillä. Parasetamolimyrkytykseen liittyy maksavaurion vaara. (Koulu & Tuomi 2007, 325.)

Myös opioideilla on haittavaikutuksia, kuten hengityslama, pahoinvointi, suolistolama ja virtsaumpi. Haittavaikutuksia voidaan kuitenkin hoitaa. Esimerkiksi hengityslamaa voidaan ehkäistä turvaamalla hengitys hyvällä asennolla ja tarvittaessa lisähapella. Pahoinvointia voidaan ehkäistä lääkkeillä. (Holmia ym. 2006. 73.)

Lääke tulisi antaa suun kautta, mikäli se on mahdollista. Kipulääke voidaan antaa laskimoon, jos kipulääkettä ei pystytä suun kautta antamaan tai potilas tarvitsee nopeaa kivun lievitystä. Kivuliaiden leikkausten jälkeen kivun hoitoon voidaan ottaa mukaan myös spinaalinen analgesia tai hermopuudutus. Spinaalinen kivunlievitys tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin ja opioidin lisänä tehostaa kivunlievitystä, jolloin potilas pääsee aikaisemmin liikkeelle ja postoperatiiviset hengityskomplikaatiot vähenevät. Spinaalisesti kivunlievitystä saavan potilaan vointi vaatii erityistä tarkkailua. On olemassa myös PCA-laite, jolla potilas voi itse annostella saamansa opioidit. (Holmia ym. 2006. 73.)

Kroonista kipua sairastavilla potilailla on yleensä jokin peruslääkitys, joka tulee huomioida postoperatiivista kipulääkitystä huomioitaessa. Esimerkiksi syöpäpotilaalla voi olla käytössä opioidilääkitys, jota tulee jatkaa entisellään, mutta sen lisäksi voidaan antaa lisää kivunlievitystä leikkauksesta aiheutuneeseen kipuun. (Holmia ym. 2006. 73.)

Lievä palovamma on yleensä hoidettavissa tulehduskipulääkityksellä sekä vamma-alueen immobilisaatiolla ja viilennyksellä (Kalso ym. 2009, 293). Vakavat palovammatapaukset vaativat laskimonsisäistä opioidilääkitystä akuuttivaiheessa, sekä myöhemmin tehtäessä hoitotoimenpiteitä vaurioalueille. Palovammakivun hoidossa tulisi käyttää multimodaalista analgesiaa. (Kalso ym. 2009, 293.)

Lääkityksen tehokkaalla tasapainottamisella voidaan ehkäistä sivuvaikutuksia ja palovammapotilaille tyypillistä opioidiannoksen nopeaa suurentumista (Kalso ym. 2009, 293-294). Kipupumppu ja paikallispuudutus ovat tehokkaita apuvälineitä kivunhoidossa, jos palovamman sijainti on sopiva ja potilaan tila sietää nämä hoitomuodot (Rosenberg ym. 2006, 1004).

Huumeiden käyttäjä kirurgisena potilaana on erityistä huomiota vaativa. Hoidon tavoitteena ovat kiistatilanteiden välttäminen ja asianmukainen kivunhoito. Huumeiden käyttäjillä oraalinen lääkitys on aina mahdollisuuksien mukaan ensisijaista. Puudutus hoitovaihtoehtona on parhaiten toimiva. Huumeidenkäyttäjän suuren toleranssin vuoksi opioidiannokset voivat muodostua huomattavan suuriksi. Potilaan huumeidenkäyttötausta on selvitettävä. (Nelskylä 2006, 209.)

3.4.2 Postoperatiivisen kivun lääkkeetön hoito

Lääkkeettömiä kivun hoidon menetelmiä ovat psyykkiset menetelmät, kuten keskustelu, läsnäolo, rentoutus ja musiikki. On olemassa myös fysiologisia menetelmiä, kuten hieronta, asennon vaihto, lämmittämismenetelmät ja vastaavasti viilentämismenetelmät. (Holmia ym. 2006. 180.) Potilaan kivun hoidon postoperatiivisia auttamiskeinoja ovat myös dreerien ja katetrien aiheuttamien vaivojen minimointi, sopivien kipsien ja siteiden valinta, sekä tukevat otteet potilaan liikuttelussa ja siirtelyssä. (Holmia ym. 2006. 74.)

Rentoutuminen on todettu tehokkaaksi hoidoksi potilailla, joilla on jännityspäänsärkyä, migreeniä ja selkäkipuja. Rentoutusharjoituksilla voidaan helpottaa kipuun liittyviä tekijöitä, kuten lihasjännitystä. Rentoutumisen oppiminen vaatii usein harjoittelua. Rentoutuminen on potilaan oma kivunhallintamenetelmä. (Salanterä ym. 2006, 154.)

Hengitysharjoituksilla pyritään rentouttamaan lihaksia ja vähentämään stressiä. Rauhallisella syvähengittämisellä voidaan myös parantaa elimistön hapensaantia. Hengitysharjoituksilla voidaan helpottaa potilaan kiputuntemuksia, potilas voi tehdä harjoituksia itse, mutta hänelle tulee neuvoa oikeanlainen tekniikka. Harjoituksia voidaan tehostaa yhdistämällä lihasten rentoutusharjoitukset mukaan. Hengitysharjoitus voidaan toistaa useita kertoja päivässä. (Salanterä ym. 2006, 154-155.)

3.4.3 Postoperatiivisen kivun hoidon kirjaaminen

Sairaanhoitaja kirjaa potilaan kivusta ja sen luonteesta, sekä hoidosta ja sen vaikuttavuudesta potilasasiakirjoihin. Asianmukainen kirjaaminen turvaa hoidon jatkuvuuden. Systemaattisella kirjaamisella on suuri merkitys onnistuneen ja tehokkaan kivunhoitomenetelmän löytämisen kannalta. (Salanterä ym. 2006, 101.)

Säännöllinen kirjaaminen turvaa hoidon jatkuvuuden ja on edellytys hoidon suunnittelulle, toteutukselle sekä arvioinnille. Potilasasiakirjoista selviää potilaan kipuongelma, hoitotyön tavoitteet sekä tulokset, joita on saavutettu. Kirjaamisella on merkitystä myös potilasturvallisuuden kannalta, potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvan kannalta sekä hoidon laadun kehittämisen kannalta. (Salanterä ym. 2006, 102.) Raportointi, tiedottaminen ja dokumentointi, sekä niiden kehittäminen ovat oleellinen osa potilasturvallisuutta (Kuisma 2010, 34).

Leikkauksen jälkeen on keskeistä kirjata kivun voimakkuus, laatu ja sijainti. Leikkauksen jälkeistä kipua arvioidaan ainakin kerran työvuorossa ja aina lääkkeenannon jälkeen. Erityistä seurantaa tarvitaan, jos kivun hoitomenetelmänä on jokin erikoistekniikka, kuten epiduraalinen lääkitys, jolloin hoitoa on seurattava tiheästi ensimmäisen hoitovuorokauden aikana. (Salanterä ym. 2006, 102-103.)

3.5 Hyvä kivun arviointi

Kivun arvioinnilla pyritään määrittämään kivun syitä ja niiden merkitystä potilaan hyvinvointiin. Kivunhoidon vaikutusta tulee arvioida jatkuvasti yhdessä potilaan kanssa. (Holmia ym. 2006, 181.) Kivun arviointiprosessiin kuuluu muun muassa potilaan oma näkemys kivusta, hoitajan havainnot potilaasta, kivun vaikutus fysiologisiin ja käytöksellisiin tekijöihin sekä kivun voimakkuuden konkreettinen mittaus. (Holmia ym. 2006, 178.)

Potilas on aina kipunsa asiantuntija. Jos potilaalla on kertomansa mukaan kipua, tulee olettaa että sitä silloin hänellä on. Jos potilas kertoo olevansa kivuton, mutta hänen tilanteessaan kipua yleensä esiintyy, tulee kipua selvittää potilaan kanssa tarkemmin. Suurenkin leikkauksen jälkeen potilas saattaa kertoa vasta myöhemmin, että hänellä oli erinäisiä tuskia, mutta ei luokittele niitä juuri kivuksi. Jos potilas käyttää kivusta muita vastaavia termejä, tulee niitä käyttää jatkossa potilaan kanssa hyvän kivun arvioinnin takaamiseksi. (Smeltzer ym. 2010, 237.)

Kivun arviointi alkaa täsmällisellä potilaan tarkkailulla, huomioiden asento ja kivuliaisuuteen liittyvien liikkeiden läsnäolo tai puuttuminen. Kokonaisvaltaisessa kivun arvioinnissa tulee ottaa huomioon voimakkuus, ajoitus, sijainti, laatu, henkilökohtainen merkitys kivulle, helpottavat ja pahentavat tekijät sekä kipukäyttäytyminen. (Smeltzer ym. 2010, 237.) Paras tapa arvioida kipua on kysyä potilaalta itseltään (Salanterä ym. 2006, 78).

Kipua tarkennettaessa on hyvä ottaa huomioon myös seuraavia asioita: onko kipu paikannettavissa, onko se pinnallista vai syvällä olevaa, säteileekö kipu, onko kipua useaa eri laatua ja tuntuvatko nämä erilaiset kivut yhtä aikaa vai erikseen. (Kassara ym. 2005, 353.) Kivun sijainnin todentaminen on tehokkainta, jos potilas itse osoittaa kehosta paikat, joissa kipua esiintyy. Myös kipupiiirros auttaa hahmottamaan kivun sijaintia. Tämä on hyödyllinen keino etenkin säteilevän kivun arvioinnissa. (Smeltzer ym. 2010, 238.)

Joskus kivun syy voidaan selvittää ajoituksen perusteella. Kipu saattaa olla syntynyt äkillisesti tai sen voimakkuus on kasvanut vähitellen. Akuutti kipu alkaa usein nopeasti ja saavuttaa kipuhuipun nopeasti. Toisaalta iskeeminen kipu lisääntyy vähitellen. Myös kivun ajoitus eri vuorokaudenaikoihin voi kertoa jostakin tietystä kivun aiheuttajasta. (Smeltzer ym. 2010, 238.)

Kivun voimakkuus vaihtelee olemattomasta kivusta lievään epämukavuuteen ja aina sietämättömään kipuun asti. Kivun voimakkuus ja sen aiheuttaja eivät korreloi keskenään. Potilaan kipukokemukseen vaikuttaa, pienin kipua aiheuttava tapahtuma, kivun sietokyky sekä suurin määrä kipua, mitä potilas pystyy sietämään. Kivun voimakkuuden vaihtelua voi selvittää kysymällä sen hetkistä kiputasoa sekä lievintä ja voimakkainta kipua. (Smeltzer ym. 2010, 238.)

Kivun voimakkuuden seuraamisen lisäksi on potilaan yleistilan tarkkailu ja leikkausalueen säännöllinen tarkistaminen tärkeää. Kivun normaalista, helpottavasta luonteesta poikkeaminen voi kertoa kirurgisesta komplikaatiosta tai paikallispuudutuksen toimimattomuudesta. (Rosenberg ym. 2006, 840.)

Kipu voi tulla esiin myös yskiessä tai vain syvään hengitettäessä. Hoidon riittämättömyydestä kertoo lepokivun jatkuminen lievää voimakkaampana. Numeerisella asteikolla yhdestä kymmeneen tämä tarkoittaa potilaan yli kolmen antamia arvoja. Vaikka potilaan tulisi pystyä hengittämään syvään ja yskimään kivuttomasti, voi pyrkimys täyteen kivuttomuuteen olla kohtuutonta. (Rosenberg ym. 2006, 839-840.)

Sairaanhoitajan ja potilaan tulisi yhdessä arvioida kipua ainakin levossa ja liikkeessä, sekä lievimmillään ja pahimmillaan. Potilaan kipua voidaan verrata vain hänen aikaisempiin kipukokemuksiinsa, ei toisten kipuun, sillä kipukokemukset ovat aina yksilöllisiä. (Salanterä ym. 2006, 83-84.)

Hoitaja voi kysyä potilaalta vaikuttaako mikään keino, esimerkiksi liikkuminen, kipuun pahentavasti tai parantavasti. Myös ympäristötekijät voivat vaikuttaa kipuun eri tavoilla, kuten lämpötila potilashuoneessa. Potilaalta kysytään myös, onko unella vaikutusta kipuun tai päinvastoin. Myös kivun tuottama ahdistus tai muun ahdistuksen vaikutus kivuliaisuuteen vaikuttavat merkittävästikin potilaan vointiin. (Smeltzer ym. 2010, 238.)

Ihmiset ilmaisevat kipua useilla eri tavoilla. Elekielellä ilmaistut kiputuntemukset eivät kuitenkaan ole yhteneviä eivätkä luotettavia mittaamaan tarkasti kivun voimakkuutta tai luonnetta. Kipukäyttäytymisen arviointia voidaan kuitenkin käyttää kivun ensisijaiseen toteamiseen. (Smeltzer ym. 2010, 238-239.)

Kipukäyttäytymisestä voidaan tarkkailla esimerkiksi ilmeitä, itkua, kehon asentoa ja liikkeitä. Jännittynyt vartalo, liikkumattomuus, levoton liikehdintä tai hitaat liikkeet voivat viestittää kivusta. Henkilö voi suojata kipeää aluetta kädellään. Joskus pitkään kestänyt kipu ja huonovointisuus voivat johtaa tilanteeseen, jossa potilas ei yksinkertaisesti jaksakaan reagoida kipuun mitenkään. (Salanterä ym. 2006, 78.)

Fysiologisten muutosten aiheuttamat reaktiot eivät ole luotettavia kivun arvioinnin mittareita, sillä ne voivat muuttua nopeasti ja keho mukautuu siihen kohdistuvaan stressiin. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että niitä ei huomioitaisi lainkaan. (Smeltzer ym. 2010, 238-239.)

Kivun luonteen kuvailu auttaa hoitajaa arvioimaan potilaan kipua. Erilaiset kuvailevat sanat voivat kertoa, onko kipu nosiseptiivista, viskeraalista tai neuropaattista. Akuutti ja krooninen kipu on myös jossain määrin eroteltavissa silloin, kun käytetään sanallista kipuarviointia. (Kassara ym. 2005, 354.)

Eri kiputiloista kärsivät valitsevat erityylishä sanoja. Akuutista kivusta kärsivä valitsee sensorisia eli aistimuksellisia kipusanoja. Kroonista kipua omaava potilas valitsee sanoja, joissa korostuu affektiivisuus, eli tunnepitoisuus. Kun sensoristen kipusanojen käyttö vähenee, ahdistusta ja tuskaisuutta kuvaavat sanat lisääntyvät. Sensorisia kipuja kuvailevat sanat menettävät kroonisissa kiputiloissa merkitystään. (Kalso ym. 2009, 56.)

Hoitaja pyytää potilasta kuvailemaan kipua sanallisesti antamatta tälle sanoja valmiina. Potilaalle tulee antaa riittävästi aikaa vastata, ja jokainen kuvaileva sana tulee kirjata. Jos potilaalle ei tule mitään sanoja mieleen, voi hoitaja ehdottaa kuvailevia sanoja. On tärkeää dokumentoida potilaan kuvailu sanatarkkaan ja kirjata myös mahdolliset hoitajan antamat sanat. (Smeltzer ym. 2010, 238.)

Kivun laatua voi kuvata sanoilla, kuten pistävä, polttava, terävä ja tylppä. Kivusta on hyvä selvittää kivun alkamisajankohta ja kivun kesto. Voidaan myös selvittää vaikuttavatko jotkut toiminnot kiputunteemukseen. Esimerkiksi onko kipu voimakkaampaa liikkeessä, tai jossain tietyssä asennossa. Kipu voi liittyä myös elimistön toiminnan rytmiin tai kipu voi ilmetä voimakkaammin riippuen siitä, onko aamu vai ilta. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Tarkkaavaisuus vaikuttaa kivun kokemiseen. Jos keskittyminen on muualla kuin kivun aiheuttajassa, kipu tuntuu yleensä vähemmän voimakkaalta. Myös positiivinen ilmapiiri ja olosuhteet vaikuttavat kiputunteuksiin lieventävästi, negatiiviset taas pahentavasti. (Vainio 2004, 31.)

Kivun hoitotyötä tekevällä sairaanhoitajalla tulee olla kykyä tunnistaa potilaan kipu ja valita tilanteeseen sopivat auttamismenetelmät. Tärkeää on myös arvioida kivun hoidon onnistumista. (Salanterä ym. 2006, 9.)

Kivun tunnistaminen on terveydenhuollon tärkeä perustehtävä. Lähtökohtana on potilaan oma näkemys kivustaan. Pyritään löytämään kivun syy, vaikka aina se ei olekaan mahdollista. Kipua tulee arvioida säännöllisin väliajoin. (Salanterä ym. 2006, 75.)

Kivun arvioinnilla on suuri merkitys hoidon jatkuvuuden ja onnistumisen kannalta. Hyvällä kivun arvioinnilla voidaan saada tietoa, voidaanko hoitoa jatkaa tai tarvitseeko sitä muuttaa tai vaihtaa toiseen hoitomuotoon. (Smelzer ym. 2010, 295.)

3.5.1 Kivun arvioinnin välineet

Terveydenhuollon ammattilaiset aliarvioivat jatkuvasti potilaiden kipua. Sen vuoksi on kehitetty kipumittareita auttamaan kivun arviointia. Näitä mittareita voidaan käyttää määrittäessä hoidon tarvetta, hoidon vaikuttavuutta tai arvioimaan hoitojen muutostarvetta meneillään olevan hoidon puutteellisen tehon vuoksi. Jotta kipumittari olisi tehokas, sen tulee olla potilaalle helppokäyttöinen, antaa selkeästi tulkittavia tuloksia ja reagoida pieniinkin muutoksiin. (Smeltzer ym. 2010, 239.)

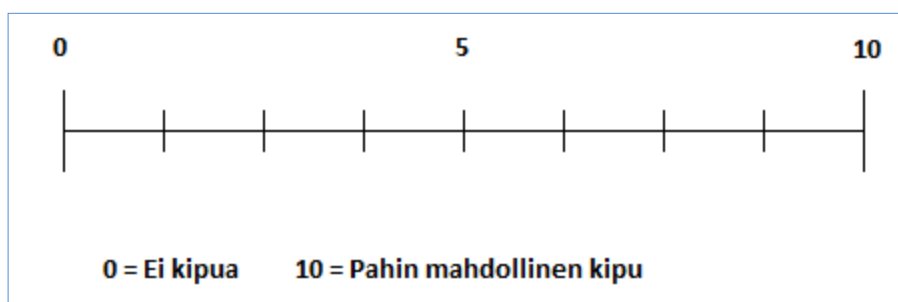
Kipua mitattaessa ei ole ikinä suoraa ja yhtä oikeaa menetelmää arvioida sitä. Kipu määräytyy ihmisen oman kipukokemuksen mukaan. (Vainio 2004, 39-40.) On todettu, että henkilökunnan kipumittareiden käyttöön saamalla koulutuksella on ollut hyödyllinen vaikutus kivun tarkkailussa. (Roberts ym. 2010. 46.)

Kivun arviointiin on kehitetty monia kipumittareita, mutta monet niistä ovat yksiulotteisia, joilla voidaan mitata kivun voimakkuutta. Yleisimmät kivun voimakkuuden mittarit kliinisessä hoitotyössä ovat kipujana, kipukiila (Kuva 1.), numeerinen kipumittari sekä sanallinen kipumittari.



KUVA 1. Kipukiila.

Kipujanen (Kuva 2.) toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pää kuvaa kipua pahimmillaan tai sietämätöntä kipua. Potilas osoittaa janalta, kuinka voimakasta kipua hän tuntee. Yleensä kliinisessä hoitotyössä kipu ilmoitetaan lukuna 0-10. Kipujanaa käytetään ympäri maailmaa kivun arvioinnissa. (Salanterä ym. 2006, 84-85.)



KUVA 2. VAS –asteikko.

Kipuasteikkojen tarkoitus on yleensä olla kivun voimakkuuden mittareina. Kivun emotionaalista ja affektiivista eli tunteellista puolta voidaan avata kipusanastoilla. Ne voivat myös valottaa kivun patofysiologiaa eli syntymekanismia. (Kalso ym. 2009, 55.)

Moniulotteisia kipumittareita ovat esimerkiksi kivun sijaintia tarkentava kehon kuva, johon potilas merkitsee kipualueen. On tärkeää, että potilas merkitsee kipualueen oikein, sekoittamatta oikeaa ja vasenta. Kehon kuvaan voidaan merkitä myös kivun voimakkuutta eri värein. Moniulotteisissa kipumittareissa usein myös selvitetään kivun luonnetta, jota voidaan mittareissa kysellä erilaisilla kuvailevilla sanoilla. Kivun laadun arviointi on tärkeää, sillä se saattaa usein antaa vihjeitä kivun syistä. (Salanterä ym. 2006, 87-89.)

Hoitaja täydentää kipupiiirroksen yhdessä potilaan kanssa (Kassara ym. 2005, 354). Kipupiiirroksen hyödyntäminen voi olla tehokasta erityisesti säteilevän kivun arvioinnissa. Potilaan kipupiiirroksia voidaan vertailla ja arvioida kivunhoidon vaikutuksia. (Smeltzer ym. 2010, 238.) Kivun lokalisointin piirtäminen ihmismalliin täydentää anamneesia. Kivun sijoittuminen anatomisesti segmentteihin antaa jo tietoa etiologiasta. (Rosenberg ym. 2006, 860.)

Potilaan voidaan antaa osoittaa kipua anatomiselta piiirrokselta. Potilas voi värittää alueet, joissa kipua esiintyy. Kipupiiirroksen hyödyntäminen voi olla tehokasta erityisesti säteilevän kivun arvioinnissa. Potilaan kipupiiirroksia voidaan vertailla ja arvioida kivunhoidon vaikutuksia. (Smeltzer ym. 2010, 238.) Kipupiiirros täydennetään yhdessä potilaan kanssa. Piiirrosta voidaan täydentää kuvailevilla kipusanoilla. (Kassara ym. 2005, 354.)

Kroonista kipua arvioitaessa on käytössä laajimmat kivun arviointimenetelmät. Käytössä voi olla esimerkiksi kipupäiväkirja, josta voidaan kartoittaa kivun alkamisajankohta sekä kivun voimakkuus, laatu ja sijainti. Myös kivun aiheuttamia ongelmia selvitetään, sekä keinoja, joilla kipua on hoidettu. Kipua seurataan päivittäin. (Salanterä ym. 2006, 89.)

Kivun tunnistaminen ja sen hoidon vaikutusten arviointi on erittäin tärkeää kipupotilaan hoidossa. Hoidon vaikutusta tulee seurata käyttämällä samaa kipumittaria, kuin ennen hoidon aloittamista. Hoitojen jälkeen tulee seurata ja arvioida hoidon vaikuttavuutta ja haittavaikutuksia, sekä kivun sijaintia ja kestoja. (Salanterä ym. 2006, 101.)

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön menetelmä oli tuotoksellinen. Tämä tarkoittaa, että opinnäytetyöprosessi oli projekti, jonka tuotoksena syntyi kivun arvioinnin apuväline kirurgiselle vuodeosastolle. Tämä menetelmä vastasi parhaiten työelämäyhteyden toivetta.

Projekti on tietyn ajan kestävä ja tavoitteellinen. Onnistunut projekti vaatii hyvää ja tarkkaa suunnittelua, valvontaa, arviointia, seuranta, organisointia sekä toteutusta. Projekti voi olla kertaluontoinen tuotos tai osa isompaa hanketta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48.)

Ulkoasultaan apuvälineestä tehtiin selkeä ja helposti ymmärrettävä. Tuotos tuli postoperatiivisen kivun arviointiin vuodeosastolle. Intraoperatiivisen kivun arviointi sekä heilähoito rajattiin pois.

Aiheenvalinnan jälkeen työ eteni tiedonkeruu- ja suunnitteluvaiheeseen. Työ perustui kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, joten tiedonkeruu oli pitkä prosessi. Työ tehtiin yhteistyössä opettajan sekä työelämäyhteyshenkilön kanssa.

4.1 Tuotoksen sisältö ja ulkoasu

Tuotoksen kokoon ja laatuun tulee kiinnittää huomiota. Värit ja tekstikoko vaikuttavat tuotteen luettavuuteen. Tuotteesta tulisi syntyä yksilöllinen ja erottuva. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 52-53.)

Tuotoksesta tuli selkeä, helppokäyttöinen ja siinä huomioitiin monipuolisesti potilaan kipuun vaikuttavia tekijöitä. Paljon aikaa käytettiin, jotta tuotoksesta tulisi mahdollisimman tarkoituksenmukaisen.

Tuotoksessa on 13 kysymystä, jotka nousivat esiin teorian pohjalta. Tuotoksesta tehtiin pienikokoisen, jota on helppo kuljettaa mukana. Tuotteesta tuli A6 -kokoinen. Osastolla oli valmiina jo suurempi kipukyselykaavake, joten tuotoksella pyrittiin tuottamaan jotakin erilaista. Tuotokseen sisällytettiin oleelliset asiat kivun arvioinnista. Käytön myötä tuotoksen sisältö on mahdollista oppia ulkoa ja täten kehittää hoitajien ammattitaitoa.

Tuotoksen värimaailmaksi valittiin sininen, koska se on rauhoittava ja luottamusta herättävä väri. Värejä käytettiin kuitenkin hillitysti, jotta tuotteen sisältö olisi edelleen helposti käytettävissä.

4.2 Aikataulusuunnitelma

Aiheen valinta: elokuu 2011

Aiheseminaari: syyskuu 2011

Työelämäpalaveri osastolla: lokakuu 2011

Suunnitelmaseminaari: tammikuu 2012

Tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtymistä, sekä oman opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamista: tammikuu-lokakuu 2012

Lupahakemus: helmikuu 2012

Työ valmis: lokakuu 2012

5 PÄÄTÄNTÄ

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimusetiikka on keskeinen aihe hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Tutkijan tulee olla rehellinen, tunnollinen sekä ihmisarvoa kunnioittava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Viime aikoina on ajateltu, että jo aiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen päätös. Valintaa tehdessä aiheen merkityksen pohtiminen sekä sen hyödyllisyys korostuvat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.)

Oppimisprosessiin kuuluu oman opinnäytetyön arviointi kriittisesti. Työssä täytyy näkyä lähtökohdat sekä tavoitteet. Niiden tulee olla lukijalle selvästi esillä. Tärkeä osa arviointia on tavoitteiden saavuttamisen pohdinta. Toiminnallisessa ja tuotoksellisessa opinnäytetyössä tavoitteet usein muuttuvat pakosta ja esiin nousee uusia ajatuksia tavoitteista. Niitä tulee pohtia perustellusti. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154-155.)

Opinnäytetyöllä oli selkeät lähtökohdat ja tavoitteet, jotka tuotiin esille teoriaosuuden alussa. Lähtökohtia käsiteltiin perusteellisesti ja on oletettavaa, että tuotos auttaa hoitajia arvioimaan potilaan kipua monipuolisemmin päivittäisessä hoitotyössä.

Aineiston ikä ja laatu tulee huomioida valittaessa lähteitä työlle. Aineiston valinta vaatii kriittisyyttä sekä harkintakykyä. Tutkimustiedon muuttuessa jatkuvasti, on syytä valita uusimmat mahdolliset lähteet. Toiminnallisissa opinnäytetöissä on olennaisempaa lähteiden laatu ja soveltuvuus kuin niiden lukumäärä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72-76.)

Lähdeaineisto pyrittiin rajaamaan enintään kymmenen vuotta vanhaan materiaaliin. Se lisäsi työmme luotettavuutta. Erilaisia lähteitä käytettiin monipuolisesti, myös vieraskielisiä. Tiedonkeruussa oltiin kriittisiä materiaalin suhteen. Useat lähteet karsiutuivat pois ennen työn valmistumista. Lähdemerkinnöissä noudatettiin kirjallisen raportoinnin ohjeita ja ne tehtiin yhdenmukaisesti.

5.2 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoitus on opettaa ammatillisen tiedon sekä teorian yhdistämistä, jotta siitä olisi hyötyä alan ammattilaisille. Ajankäytön sekä kokonaisuuksien hallinta, osaamisen esiintuonti sekä yhteistyö eri tahojen kesken ovat keskeisiä kehittyviä osa-alueita opinnäytetyöprosessin aikana. (Vilkka & Airaksinen 2003, 159-160.)

Työelämästä saatiin aiheeksi tuottaa apuväline hoitajille postoperatiivisen kivun arviointiin. Kohderyhmänä olivat leikatut potilaat. Lisäksi huomioitiin palovamma- ja syöpäpotilaiden leikkauksen jälkeisen kivun arvioinnin ja hoidon niiden erityispiirteiden vuoksi. Työelämäpalaverissa tuotoksesta tehtiin alustava suunnitelma yhdessä työelämäyhteyshenkilön kanssa. Ajatus tuotoksesta kehittyi opinnäytetyöprosessin edetessä teorian tiedon ja työelämäyhteyden kautta. Työ vastaa osaston tarvetta.

Työn tehtävinä oli selvittää mitä on kipu, minkälaista kipua on postoperatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla sekä millaista on hyvä kivun arviointi. Teoriaosuudessa käytiin läpi kivun käsitettä sekä erilaisia kiputyyppejä. Myös akuutin ja kroonisen kivun käsitteet avattiin. Palovamma- ja syöpäpotilaiden kivunhoito lisättiin teoriaosuuteen, koska työelämäyhteys koki sen tarpeelliseksi. Postoperatiivisen kivun luonnetta ja hoitoa käsiteltiin työn teoriaosuudessa. Sekä lääkkeellisiä että lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä avattiin. Kivun arviointi oli keskeisin osa-alue teoriaosuudessa. Teoriatietoa saatiin monipuolisesti tukemaan tuotostamme. Keskeisinä aiheina nousivat erilaiset kivun arvioinnin menetelmät sekä kipumittarit.

Työn taustalla oli koko ajan turvallisuus hoitotyön periaatteena. Potilasturvallisuus koettiin tärkeäksi arvoksi hoitotyössä ja se nousi esille myös kivun hoidossa. Turvallisuutta käsiteltiin omana aiheenaan, sekä se pyrittiin tuomaan esille läpi työn.

Työmme tavoitteena oli kehittää kivunhoidon laatua ja turvallisuutta tuotoksemme avulla. Mielestämme tuotoksellamme oli hyvä teoriapohja, josta muodostimme keskeisimmät kivun arviointiin soveltuvat kysymykset. Tuotoksellamme on hyvät edellytykset oikein käytettynä kehittää osaston kivunhoitoa.

Keskinäinen yhteistyö opinnäytetyön parissa sujui ongelmitta läpi prosessin. Työ tehtiin lähes täysin yhdessä ja se näkyi työn laadussa. Näkemykset työhön liittyvistä asioista olivat yhteneviä. Yhteistyötä tehtiin myös ohjaavan opettajan kanssa. Opettajalta saatiin rakentavaa palautetta, sekä ammattitaitoista ja yksilöllistä ohjausta.

Työyhteyshenkilö tavattiin kahdesti. Tiiviimpää yhteistyötä toivottiin, jotta osaston henkilökunta olisi voinut esittää enemmän toiveita tuotokseen liittyen. Prosessin aikana käytiin osastolla vierailulla esittelemässä ideaa tuotoksesta. Jo tällöin saatiin positiivista palautetta työstä.

Opinnäytetyöprosessi oli työläs ja aikaa vievä, mutta toisaalta antoisa. Työn suunnittelu aloitettiin syyskuussa 2011. Tammikuussa 2012 aloitettiin teorian kirjoittaminen, joka jatkui läpi kevään. Kesällä pidettiin taukoa työstä ja sitä jatkettiin välittömästi alkusyksystä. Työ eteni laaditussa aikataulussa. Prosessin loppuvaiheeseen jäi enemmän työtä, mutta siihen oltiin varauduttu. Tuotos kehittyi jatkuvasti teoretiedon lisääntymisen myötä. Tuotos muokkautui lopulliseen muotoonsa luonnollisesti työn edetessä.

Työn aiheesta opittiin paljon ja sen koettiin hyödyttävän tulevaa uraa ammattitaitoisina sairaanhoitajina. Oppimisprosessi sisälsi myös tehokasta ja luotettavaa tiedonhakua, tutkimuksien hyödyntämistä sekä tekstin tuottamista. Opinnäytetyöprosessin kulusta saatiin hyvä käsitys.

Jatkotutkimusaiheena toivottiin, että tuotoksen toimivuutta testattaisiin ja mahdollisesti kehitettäisiin. Tuotos keskittyi yhteistyöosastolle, mutta sitä pystyisi kehittämään laajempaan käyttöön soveltuvan apuvälineen.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro

Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu- tutkielma

Holmia, S. Murtonen, I. Myllymäki, H & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Iivanainen, A & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola ,M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Koulu, M. & Tuomi, J. 2007. Farmakologia ja Toksikologia. Kuopio: Medicina.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Helsinki: Edita

Kuisma, P. 2010. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Mann, E. & Carr, E. 2009. Pain –Creative Approaches to Effective Management. Oxford: Blackwell Publishing.

Nelskylä, K. (toim) 2006. Päivystyskirurgian opas. Helsinki: Duodecim

Puolakka, P. 2011. Some Challenges of Postoperative Pain Treatment. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. 2010. Kirurgia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim.

Sailo, E & Vartti A-M. 2000. Kivun hoito. Helsinki: Tammi.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kaupila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Seppä, T. 2005. Näkymätön kipu näkyväksi. Akuutin leikkauksen jälkeisen kivun arviointi aikuispotilaan hoitotyössä vuodeosastolla. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö. Opinnäytetyö.

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & Cheever, K. 2010. Textbook of Medical-Surgical Nursing. kahdestoista painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Taam-Ukkonen, M & Saano, S. 2011. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOY.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim.

Vilkka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

Liite 1. TUOTOS

Liite 2. TAULUKKO 1.

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä (suluissa olevia ei kirjoiteta, lihavoitu esimerkki)	Keskeiset tulokset
Puolakka (2011) Some Challenges of Postoperative Pain Treatment Väitöskirja	<p>Tarkoituksena selvittää COX-2 selektiivisten tulehduskipulääkkeiden tehoa ja turvallisuutta leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa ja toisaalta pitkittyneen kivun esiintymistä ja riskitekijöitä polven tekonivelkirurgiassa.</p> <p>Leikkauksen jälkeinen kipu on yleistä. Perinteisillä kipulääkkeillä on haittavaikutuksia, joita COX-2 selektiivillä lääkkeillä ei ole.</p> <p>Tavoitteena oli tutkia postoperatiivisen kivun hoitoa ja pitkittyneen postoperatiivisen riskejä ja esiintyvyyttä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Useassa sairaalassa</p> <p>N=148 I ja II osassa, N=30 III osassa ja N=855 IV osassa</p> <p>Haastattelut, kyse-lylomake</p> <p>multiple logistic regression analysis</p>	<p>- Parecoxibi ei vähentänyt fentanylin käyttöä aikaisessa postoperatiivisessa vaiheessa.</p> <p>- Eterokoksibin suositeltu annos on tehokas kipulääke aikaisessa postoperatiivisessa vaiheessa. Parasetamolin lisäyksellä ei ollut vaikutusta.</p> <p>- Yksi annos 80mg parekoksibia oli hyvin siedetty munuaisissa ensimmäisten 20 tunnin aikana leikkauksesta.</p> <p>- Polven tekonivelleikkauksen tyyppi ei korreloinut pitkittyneen kivun ilmentymisen kanssa.</p>

<p>Eloranta (2002)</p> <p>Krooninen kipu osana elämää</p> <p>Pro gradu- tut- kielma</p>	<p>Tarkoituksena kuvata kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia, kroonisen kivun vaikutuksia heidän arkielämässään ja kivun kanssa selviytymistä.</p> <p>Tehtävinä selvittää miten potilaat kokevat kroonisen kivun, minkälaisia vaikutuksia kroonisella kivulla on potilaan arkeen, miten potilaan kokevat selviytyvänsä kroonisen kivun kanssa, millaisena potilaat kokevat terveydenhoitohenkilöstön tuen sairautensa aikana sekä mitkä ovat potilaan toiveet ja odotukseen tulevalle kipupoliklinikalle.</p> <p>Tavoitteena oli kokemuksellisen tiedon avulla luoda edellytyksiä tämän asiakasryhmän hoitotyön kehittämiseksi.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Yksi keskussairaalassa</p> <p>N=7</p> <p>Teemahaastattelut, kyselylomakkeet</p> <p>Laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>- Kroonisen kivun kokeminen on subjektiivista.</p> <p>Krooninen kipu on fyysistä, mutta myös ahdistavaa.</p> <p>- Krooninen kipu vaikuttaa arkielämään.</p> <p>- Kipupotilaat käyttävät erilaisia keinoja hallitakseen kroonista kipua.</p> <p>- Kipupotilaat toivoivat tulevalla kipupoliklinikalla olevan moniammatillisen tiimin sekä hoitosuhteen olevan pitkäjänteistä.</p>
---	---	--	---

<p>Kuisma (2010)</p> <p>Terveysthuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä.</p> <p>Pro gradu- tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena on tuoda esiin keskeisimmät potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueet.</p> <p>Tehtävinä oli kuvata potilaisiin kohdistuneita vaaratapahtumia, kuvata ilmoitettujen vaaratapahtumien taustatekijöitä, kuvata vaaratapahtumien seurauksia ja vaikutuksia sekä kuvata vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn myötä esiin tulleita potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueita.</p> <p>Tavoitteena on kuvata potilashoidon vaaratapahtumia ja niiden taustatekijöitä, sekä vaaratapahtumien aiheuttamia seurauksia potilaille ja yksikölle. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämisessä.</p>	<p>Empiirinen kuvaileva tutkimus, jossa laadullinen ja määrällinen tutkimusmetodologia täydentävät toisiaan.</p> <p>Aineisto on kerätty erään organisaation valituista yksiköistä</p> <p>N = 1688</p> <p>Aineiston keruumenetelmänä on käytetty web-pohjaista lomaketta.</p> <p>Lomakkeessa on sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti analysoitu kohtia.</p>	<p>- Eri ammattiryhmien ilmoitusaktiivisuus vaihteli suuresti.</p> <p>- Potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueiksi nousivat etenkin informointi, henkilökohtaiset ominaisuudet, dokumentointi ja raportointi sekä toimintatavat ja ohjeistus.</p> <p>- Vaaratapahtumien raportointi on tärkeä osa potilasturvallisuuden kehittämistä</p>
---	--	---	---

